FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE TOULOUSE

ANNÉE 1895-96 N° 134

LES MÉDECINS DE COLONISATION ALGÉRIENS



THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement, en mai 1896

PAR

Emile COLLIN

Ex-interne à l'Hôpital civil de Mustapha (Alger).

NOMS DES EXAMINATEURS :
MM. CAUBET, ✻, ✪ I., *Président.*
MAUREL, ✻, ✪ A.
GUILHEM. *Assesseurs.*
RISPAL.

TOULOUSE

IMPRIMERIE SAINT-CYPRIEN, ALLÉES DE GARONNE, 27

1896

Faculté mixte de Médecine et de Pharmacie
DE TOULOUSE

TABLEAU DU PERSONNEL

Doyen	MM. LABÉDA, ✿ I.
Assesseur	HERRMANN, ✿ I.

PROFESSEURS

Anatomie	MM. CHARPY, ✿ I.
Histologie normale	TOURNEUX, ✿ A.
Anatomie pathologique	TAPIE, ✿ A.
Pathologie et Thérapeutique générales	HERRMANN, ✿ I.
Pathologie interne	ANDRÉ, ✻, ✿ A.
Médecine opératoire	LABÉDA, ✿ I.
Clinique médicale	CAUBET, ✻, ✿ I. MOSSÉ, ✻, ✿ A.
Clinique chirurgicale	JEANNEL, ✿ I. CHALOT ✿ A.
Clinique obstétricale	CROUZAT, ✿ A.
Pharmacie	DUPUY, ✿ I.
Chimie et Toxicologie	FRÉBAULT, ✿ A.

CHARGÉS DE COURS

Pathologie externe	MM. PÉNIÈRES.
Chimie	BIARNÈS.
Thérapeutique	SAINT-ANGE, ✿ A
Hygiène	GUIRAUD, ✿ A.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	AUDRY.
Clinique ophthalmologique	TERSON.
Matière médicale	BRAEMER, ✿ A.
Médecine légale	GUILHEM.
Bactériologie	MOREL.
Physiologie	ABELOUS.
Histoire naturelle	LAMIC, ✿ A.
—	SUIS.
Physique	MARIE.
Clinique médicale des enfants	BÉZY, ✿ A.
Maladies mentales	RÉMOND.
Hydrologie	GARRIGOU, ✿ A.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

Physiologie	MM. ABELOUS.
Anatomie et Histologie	SOULIÉ
Pathologie interne et Médecine légale	RÉMOND. MOREL. RISPAL. MAUREL, ✻, ✿ A
Chirurgie	SECHEYRON. VIEUSSE, ✻, ✿ I. ALDIBERT.
Chimie	BIARNÈS.
Pharmacie	GÉRARD.

Le Secrétaire de la Faculté : CHAUDRON, ✿ I.

La Faculté déclare n'être pas responsable des opinions émises par les candidats. (Délibération en date du 12 mai 1891).

A MA FEMME

A MA TANTE

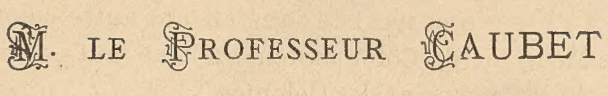
A mes Parents

A MES FRÈRES ET SŒUR

A MES MAITRES DE L'ECOLE D'ALGER

Et de la Faculté de Toulouse

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE



DOYEN HONORAIRE

INTRODUCTION

Ainsi que le déclarait à la Chambre des députés le 13juillet 1892, M. le Dr Brouardel, commissaire du gouvernement pour la nouvelle Loi sur l'exercice de la médecine: « Les conditions de l'exercice de la médecine..... sont très « différentes en Algérie de ce qu'elles sont en France. »

Plusieurs de nos camarades de l'école d'Alger ont abordé, dans leurs thèses inaugurales, ce vaste sujet d'études et l'ont traité à différents points de vue particuliers.

Il nous a paru utile et intéressant de l'aborder à notre tour, en le restreignant encore, et de faire connaître une organisation médicale, peu connue en France, qui est toute spéciale à l'Algérie et n'existe dans aucune autre colonie, celle des Médecins de Colonisation, qu'il ne faut pas confondre avec les médecins des Colonies.

C'est même pour nous un devoir d'apporter notre tribut d'éloges, nous oserons dire d'admiration, à ce corps de praticiens dévoués qui exercent la médecine dans des conditions particulièrement pénibles, ainsi qu'on pourra en juger au cours de notre modeste travail.

Pendant notre internat aux hôpitaux d'Alger, nous avons

eu à, diverses reprises, l'occasion de faire des intérims de Médecins de Colonisation, et c'est sur place, c'est par notre expérience personnelle que nous avons pu juger de la tâche qui leur était confiée et qu'ils accomplissaient si dignement.

Aussi nous efforcerons-nous de mettre dans notre œuvre toute la chaleur d'un plaidoyer convaincu, et nous estimerons-nous amplement récompensé de nos peines si nous réussissons à attirer à nos amis algériens la sympathie et l'appui moral de leurs confrères de France.

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE.

Un décret de 1849 fonde l'Assistance médicale en Algérie en créant les bureaux de bienfaisance et les hospices.

En 1851, un second décret règlemente l'exercice de la médecine et de la pharmacie en Algérie.

C'est seulement le 21 janvier 1853 que fut promulgué l'arrêté ministériel prescrivant l'établissement d'un corps spécial de fonctionnaires algériens : « les médecins de colonisation ».

Quelle était la situation à cette époque? L'Algérie était sous le gouvernement du maréchal Randon, caractérisé par la grande extension donnée à l'administration civile (travaux publics, *centres de colonisation*, routes, organisation de la justice civile, etc., etc...). Notre occupation militaire était appuyée sur des bases solides ; la majeure partie du territoire était pacifiée et organisée en territoires civils et militaires.

L'épée avait joué son rôle; à la charrue d'entrer en lice, de parachever l'œuvre brillante, mais forcément éphémère, de nos brillantes épopées africaines, et de lui substituer une œuvre moins brillante, il est vrai, mais plus utile, plus durable, et disons-le, hélas, tout autant, sinon, plus meurtrière.

Or, la seule façon d'occuper pacifiquement et solidement le pays était, ainsi que l'avait compris le maréchal Randon, de créer sur tous les points du territoire des centres de colonisation, au début véritables noyaux d'enfants perdus, autour desquels devaient venir ensuite se grouper de nouvelles familles.

Faisons abstraction de tous dangers inhérents à un pays à peine conquis, où des retours offensifs isolés sont toujours plus ou moins à craindre; supposons qu'une sécurité relative existât alors....

Hélas! nos colons algériens allaient affronter un ennemi autrement redoutable que les bandits embusqués au coin d'un rocher, contre lequel nos canons étaient impuissants, qui nous avait déjà tué plus d'hommes que les balles ennemies : « la maladie » qui, elle, ne disparaissait qu'étouffée sous les cadavres de ses victimes (1).

« La fièvre », comme on l'appelait, et sous ce nom générique, il faut comprendre, non seulement la Malaria sous toutes ses manifestations classiques ou frustes, mais encore

(1) Citerons-nous un exemple bien connu en France, celui de Boufarick, dont les marais furent littéralement comblés avec les cadavres des colons.

toutes les affections fébriles, infectieuses, endémiques en Algérie et frappant surtout les nouveaux arrivés.

C'est contre cet ennemi que l'on crée le corps des médecins de colonisation.

Ils étaient destinés à desservir ces centres de colonisation éloignés, pour ne pas dire perdus, où aucun praticien libre n'eût jamais songé à s'établir, certain qu'il eût été de ne pouvoir vivre du produit de sa clientèle.

A cet effet, les territoires de colonisation avaient été divisés en un certain nombre de circonscriptions médicales ayant chacune à leur tête un médecin auquel l'autorité fixait un lieu de résidence obligatoire.

Leurs fonctions étaient déjà dans leurs grandes lignes ce qu'elles sont maintenant ; nous les étudierons en détail dans un chapitre suivant. Nous nous proposons seulement pour l'instant de faire ressortir les modifications purement administratives, qui sont venues remanier successivement l'œuvre primitive.

A l'origine, les médecins de colonisation étaient nommés par le ministre de la guerre et choisis parmi les docteurs en médecine et les officiers de santé qui en faisaient la demande (sans limite d'âge). Ils recevaient un traitement annuel de 2,000 francs, auquel était jointe une indemnité de cheval de 500 francs, mais seulement quand les circonscriptions avaient une grande étendue. Ils fournissaient un rapport mensuel et étaient soumis à une inspection annuelle. Pendant leurs absences ils étaient remplacés par des médecins de l'armée.

Un fait intéressant à noter, c'est qu'à cette époque leurs

honoraires étaient fixés par l'article 2 de l'arrêté du gouverneur général ainsi conçu :

« Le prix des visites faites à domicile par les médecins « de colonisation aux malades non indigents de leur cir- « conscription est fixé ainsi qu'il suit :

« Dans un rayon de six kilomètres du chef-lieu, visite « de jour 1 franc ; visite de nuit 2 francs. A plus de six « kilomètres (*sans limite maxima*) visite du jour, 1 fr. 50 ; « visite de nuit, 3 francs (*ces chiffres dérisoires n'ont pas « besoin de commentaires*). Les accouchements leur seront « payés 20 francs. Les médecins de colonisation sont au- « torisés (!) à accepter des honoraires plus élevés des famil- « les plus aisées qui leur en feraient l'offrande (sic) spon- « tanée. Le prix des opérations chirurgicales autres que « l'accouchement, sera réglé à l'amiable entre les méde- « cins et les colons. En cas de désaccord, il sera statué « *sans appel* par le sous-préfet ou par un arbitre commis à « cet effet par ses soins. »

Nous ne commenterons pas cet article qui porte son jugement dans sa propre teneur.

Il y avait, à cette époque, 41 circonscriptions médicales de colonisation.

Un arrêté ministériel du 19 mai 1858 vient apporter quelques modifications. Le nombre des circonscriptions est porté à 69. L'indemnité de cheval est acquise à tous les médecins de colonisation. Dans les circonscriptions où la population *européenne* n'atteignait pas 2,000 (1) habitants,

(1) A remarquer qu'on ne tenait nul compte du groupement de cette

le médecin avait droit au logement ou à une indemnité annuelle de 300 francs, sauf ceux qui, par mesure spéciale habitaient dans une ville n'appartenant pas à leur circonscription et dont la population européenne, soit seule, soit jointe à celle de leur ressort, atteignait 2,000 habitants.

Enfin, on leur donne un uniforme spécial. Il ressemblait à celui des médecins de l'armée, sauf que les broderies étaient en argent ; les boutons, également en argent, portaient autour de l'emblème habituel, les mots « médecin de colonisation » en légende ; le pantalon était en drap bleu sans bandes ni passepoil. Cet uniforme existe encore et n'est d'ailleurs pas davantage porté. Et pourtant, pour qui connaît le prestige qu'exerce tout uniforme sur l'indigène, cette mesure dénotait dans l'esprit de ses promoteurs une parfaite connaissance des mœurs arabes (1).

L'arrêté ministériel du 6 janvier 1859 qui crée en Algérie le service de la vaccination publique en confie l'exécution aux médecins de colonisation, en ce qui concerne leurs circonscriptions et leur attribue une rétribution de 0 fr. 50

population. Même si les 2,000 habitants étaient disséminés de part et d'autre, de façon à occasionner de grands déplacements au médecin, celui-ci n'avait pas droit à l'indemnité de logement du moment où il y avait plus de 2,000 Européens.

(1) A l'épidémie de choléra de Biskra, où nous fûmes détaché en 1893, nous n'obtenions rien des indigènes quand nous faisions nos tournées journalières seuls ou accompagnés d'un représentant de la municipalité ; quand nous accompagnions le médecin militaire, c'était à qui ferait assaut d'obséquiosité.

par vaccination réussie jusqu'à concurrence de 500 par an. Au-delà, ils n'avaient droit qu'à une rémunération honorifique laissée à la libre disposition de l'autorité.

En 1860, le rapport mensuel devient trimestriel. On impose aux médecins de colonisation les soins gratuits aux gendarmes, quand il n'existe pas de médecin de l'armée dans la localité.

Le 2 septembre 1861, un arrêté du Gouverneur général supprime le tarif d'honoraires cité plus haut, en laissant la latitude habituelle et en substituant à la décision sans appel du Préfet le recours devant les tribunaux ordinaires.

Il est créé, en outre, trois classes de médecins de colonisation, « afin d'entretenir l'émulation dans ce corps et de « proportionner le traitement à l'importance et à l'ancien- « neté des services ».

1re classe	(traitement)..........	3.500
2me d°	d°	3.000
3me d°	d°	2.500

En y ajoutant les indemnités de logement et de cheval, le traitement devenait de :

4.300	pour la 1re	classe.
3.800	2e	d°
3.300	3e	d°

Le décret du 4 mai 1875, accorde aux médecins de colonisation une prime pour la connaissance de la langue arabe. Cette prime annuelle est de 500 ou 300 francs suivant le degré d'instruction justifié par un examen spécial.

Le décret du 6 avril 1878 marque l'organisation à peu près définitive du corps médical de colonisation. Tout d'abord, le titre de docteur en médecine est exigé. Bien entendu les officiers de santé nommés antérieurement à ce décret sont laissés en fonctions.

Il établit à Alger un comité supérieur d'assistance médicale chargé de centraliser et d'examiner les résultats de l'assistance médicale des départements.

Il rend applicable aux médecins de colonisation la loi du 9 juin 1853, sur les pensions civiles.

Enfin, nous arrivons au décret du 23 mars 1883, qui modifie légèrément celui de 1878, et supprime le comité supérieur de l'assistance médicale.

Depuis cette époque, différents arrêtés des gouverneurs généraux ont remanié les circonscriptions médicales : les unes ont été supprimées; quelques-unes dédoublées; de nouvelles ont été créées.

Mais, à part ces modifications de détail, l'œuvre du décret de 1883 a subsisté dans toute son intégrité.

C'est elle que nous allons étudier, en nous efforçant d'en faire ressortir les défauts, les lacunes et nous terminerons en proposant les modifications que tant d'autres avant nous ont déjà demandées en vain.

CHAPITRE II

LES CIRCONSCRIPTIONS MÉDICALES DE COLONISATION

Avant de passer à l'étude détaillée de l'organisation administrative des médecins de colonisation, il nous a paru indispensable de donner un tableau de leur répartition et de la population de leurs circonscriptions.

Nous l'avons dressé d'après les données du dernier recensement effectué en 1892 par les soins du Gouvernement général de l'Algérie.

Nous avons également voulu tenir compte d'un tout récent arrêté (janvier 1896) qui a décrété la suppression de diverses circonscriptions et la création de nouvelles.

Nous aurions voulu pouvoir donner également la superficie; mais nous n'avons pu trouver nulle part les éléments d'un travail aussi important.

On ne possède au Gouvernement général que les superficies des communes mixtes, circonscriptions administratives, correspondant pour la plupart aux circonscriptions

médicales, et, dans le cas contraire, leur étant en général inférieures en étendue (1), donnons quelques chiffres.

	Communes	Hectares
Département d'Alger.	Aumale	206.978
	Boghar	300.000
Département de Constantine	Aïn-Meila	240.000
	Morsott	250.000
	Aïn-Touta	300.000
	Soummann	125.000
Département d'Oran	Mascara	209.836
	Saïda	296.356
	Frenda	253.000
	Telaght	400.000

Ces chiffres seront encore plus significatifs si nous leur opposons la superficie de quelques départements français :

Seine	47.653	hectares
Alpes-Maritimes	376.157	—
Rhône	279.039	—
Tarn-et-Garonne	371.780	—
Vaucluse	374.272	—

D'ailleurs les chiffres de population que nous donnons indiquent suffisamment l'étendue du territoire où elle est disséminée, quand on sait les grands espaces de terrain totalement inoccupés en Algérie.

Nous nous réservons d'ailleurs dans le chapitre consacré à la médecine judiciaire de donner quelques distances établies par notre expérience personnelle.

(1) Citons la circonscription médicale de Bordj-Bou-Arréridj qui comprenait, en 1895, le territoire de deux communes mixtes (Maadid et Bibans) et de deux communes de plein exercice (B. B. Arréridj et Aïn-Tagrout).

TABLEAU DES CIRCONSCRIPTIONS MÉDICALES DE COLONISATION

I. — Département d'Alger.

CIRCONSCRIPTIONS	Population totale.	Population indigène.
Aumale	45.632	43.693
Gouraya	29.348	28.657
Beni-Mançour	19.548	19.250
Aïn-Bessem	28.890	28.206
Blad-Guitoun	3.831	3.365
Bouira	7.280	5.907
Bourkika	3.225	2.789
Palestro	44.402	43.197
Tablat	42.080	41.901
Berrouaghia	36.398	33.215
Hammam-Rhira	19.609	18.510
Duperré	3.188	2.398
Teniet-El-Haad	35.450	33.676
Malakoff	27.859	27.320
Oued-Fodda	56.429	55.125
Montenotte	10.168	9.360
Dra-El-Mizan	46.226	45.092
Haut-Sebaou	41.045	40.424
Azeffoun	39.852	39.358
Rébeval	27.436	26.934
Mékla	60.304	59.993
Bou-Saada	50.745	50.112
Djendel	26.459	26.133
Ouarensenis	33.887	33.785
Bourbaki	17.520	17.075
Michelet	59.822	59.409
TOTAUX	816.633	794.864

II. — Département d'Oran.

CIRCONSCRIPTIONS	Populaticn totale.	Population indigéne.
Bou-Sfer	3.336	791
Tlélat	3.973	2.263
Saint-Leu	4.807	3.196
Hammam-bou-Hadjar	3.765	3.078
Aïn-Tédelés	2.405	1.727
Tiaret	20.584	19.499
Lamoricière	7.167	3.684
Fleurus	25.399	22.435
Aïn-Témouchent	20.154	18.588
Perrégaux	5.883	1.940
Lourmel	5.442	3.893
Mercier-Lacombe	22.758	16.362
Inkermann	59.663	58.251
L'Hillil	50.180	48.706
Renault	26.908	26.318
Saint-Denis-du-Sig	10.344	8.115
Aïn-Sidi-Chériff	4.565	3.475
Palikao	28.899	27.703
Thiersville	43.729	41.325
Cassaigne	26.028	25.354
Télaght	12.671	10.687
Bou-Khanéfis	33.815	32.435
Remchi	23.027	22.306
Oued-Taria	11.430	10.444
Zemmora	36.919	35.949
Frenda	19.333	18.627
Sebdou	12.493	11.849
Saïda	19.567	18.198
Nedroma	26.523	25.742
TOTAUX	571.827	522.940

III. — Département de Constantine.

CIRCONSCRIPTIONS	Population totale.	Population indigène.
Fedj-Mzala	70.662	70.020
Aïn-Mlila	49.659	48.848
Aïn-Beida	4.059	2.916
La Calle	24.818	19.034
Herbillon	19.814	18.839
Mondovi	4.681	2.797
Penthièvre	18.444	18.018
El-Arrouch	12.710	9.115
Collo	49.153	47.772
Jemmapes	30.367	28.402
Laverdure	33.172	32.512
Batna	30.457	29.910
Akbou	62.467	61.486
El-Kseur	68.909	68.403
Taher	33.694	33.153
Saint-Arnaud	38.929	38.082
Msila	29.489	29.271
Bordj-Bou-Arréridj	40.537	38.898
Aïn-Abessa	8.274	7.733
Châteaudun-du-Rhummel	29.636	29.143
El-Milia	48.810	48.341
Khenchela	50.653	49.839
Duvivier	7.215	5.710
Blandan	6.120	4.850
Randon	4.789	3.029
Takitount	33.387	32.808
Clausel	6.758	4.357
Sedrata	23.764	22.601
El Mahder	24.715	24.063
Aurès	24.058	23.644
Bibans	42.469	42.132
Totaux	932.669	895.726

Résumé des circonscriptions (1).

DÉPARTEMENTS	Nombre des Circonscr.	Population totale.	Population Indigène.	Population Européenne.
Oran.............	29	571.827	522.940	48.887
Alger.............	26	816.633	794.864	21.769
Constantine........	31	932.669	895.726	36.943
TOTAUX......	86	2.321.129	2.213.530	107.599

Que ressort-il de ce tableau ?

L'Algérie a une population totale de 4,124,732 habitants, c'est-à-dire qu'un peu plus de la moitié incombe aux soins de 86 médecins de colonisation. Car il n'est pas besoin de dire qu'il y a peu ou point de praticiens disposés à exercer librement la médecine dans de pareilles conditions, sans l'appoint d'un traitement (2) fixe. Quant aux médecins mi-

(1) Pour qu'on ne nous taxe pas d'exagération, qu'on nous permette de citer à nouveau la circonscription de B. B. Arréridj. Ce n'est qu'au mois de janvier de cette année que la commune mixte des Bibans lui a été enlevée. A l'époque où nous y fîmes un intérim de deux mois (août et septembre 1895), nous étions absolument seuls à assurer le service médical de 83,000 âmes disséminées dans un rayon *moyen* de 50 kilomètres en pays de montagne, quelques-uns des rayons ayant près de 100 kilomètres.

(2) D'autant plus que les opérations de médecine légale qui constituent un revenu assez sérieux sont exclusivement réservées aux médecins de colonisation sur leur territoire.

litaires, ils sont peu nombreux et un règlement récent leur interdit de quitter leur résidence sans autorisation du général commandant la division ; on ne peut donc les faire entrer en ligne de compte.

Nous avons donc pour chaque médecin de colonisation une moyenne de 26, 989 habitants. Et, bien qu'il existe un très petit nombre de praticiens évidemment favorisés, il est permis d'établir cette moyenne commune à tous, malgré la disproportion, en apparence énorme, qui semble exister entre plusieurs circonscriptions.

Nous allons nous expliquer ; c'est précisément en prévision de cette objection que nous avons mis dans notre tableau la population indigène en regard de la population totale.

Il ne faut pas nous le dissimuler, malgré les efforts entrepris par le gouvernement de l'Algérie, sous l'impulsion du mouvement d'opinion arabophile de la métropole, l'Arabe est absolument réfractaire à la médecine européenne (1). Aussi, en dehors des épidémies, des vaccinations, des opérations de médecine légale, ce n'est pas tant la population indigène qui donne un surcroît de travail aux médecins

(1) Pendant la désastreuse épidémie de choléra qui s'abattit en 1893 sur l'Algérie, nous fûmes détaché à Biskra avec notre collègue et ami le Dr Maurin. Nous étions obligés de nous livrer à une véritable chasse à l'homme, dans les maisons du vieux Biskra ; les Arabes étaient littéralement décimés et, malgré cela, s'obstinaient à nous cacher leurs malades, prétendant que notre traitement ne faisait que hâter leur mort. Plusieurs nous ont accusés formellement.

de colonisation. Au contraire, une population européenne, outre qu'elle est obligée d'avoîr fréquemment recours au médecin, implique, quand elle est un peu nombreuse, une dissémination en plusieurs centres, ou exploitations isolées, plus ou moins éloignés.

D'ailleurs, en jetant un coup d'œil sur notre tableau, nous voyons que l'autorité supérieure a tenu compte de ces considérations et que les circonscriptions les plus populeuses sont celles qui contiennent le moins d'Européens.

Dans le département d'Alger, nous n'avons que 26 médecins de colonisation pour une population totale de 816,633 habitants, tandis que dans le département d'Oran, pour 571,826 habitants, nous avons 29 médecins de colonisation.

Mais, en revanche, les circonscriptions du département d'Oran comprennent 48,887 Européens, tandis que celles du département d'Alger n'en renferment que 21,769.

Le département de Constantine renferme les circonscriptions les plus étendues, les plus extraordinaires. Nous avons cité plus haut celle de Borj-Bou-Arréridj (83,000 h.). Dans celles-là, il est matériellement impossible d'assurer le service médical.

Nous ne pousserons pas plus loin ces détails, un peu arides de statistique.

Nous espérons que, lorsque nous aurons indiqué à la suite de ces chiffres, quelles sont les fonctions et les devoirs qui incombent aux médecins de colonisation, les conclusions que nous voulons tirer de notre travail seront déjà venues depuis longtemps à l'esprit de ceux qui nous feront l'honneur de nous lire.

CHAPITRE III

ORGANISATION ADMINISTRATIVE

Il existe un comité dans chaque département. Il se compose de :

1° Le Préfet, président.

2° Un membre du conseil général.

3° Le médecin en chef de l'Hôpital civil du chef-lieu.

4° Le médecin en chef d'un des Hôpitaux civils du département, désigné chaque année par le Préfet.

5° Le chef de bureau de la préfecture chargé de l'assistance publique.

6° L'inspecteur des enfants assistés.

7° Un médecin de colonisation désigné chaque année par ses confrères du département.

8° Le sous-chef de bureau chargé de l'assistance publique, secrétaire.

Les comités départementaux ont pour mission de veiller à l'exécution du règlement, de proposer les améliorations

dont il est susceptible, de donner au point de vue professionnel un avis sur les titres à l'avancement des médecins de colonisation, de fournir à l'administration centrale les renseignements dont elle a besoin, de centraliser, de vérifier les rapports trimestriels et annuels des médecins de colonisation, de coordonner tous les documents relatifs au service médical et aux épidémies.

Les comités départementaux présentent chaque année au gouverneur général un rapport sur l'ensemble du service; ils lui signalent :

1° Les praticiens qui se distinguent particulièrement.

2° Les résultats du service de l'Assistance médicale.

Ce même rapport fait connaître le nombre des malades soignés, des visites faites, des consultations, celui des malades admis dans les hôpitaux, les guérisons constatées, les maladies incurables, les décès, les terminaisons inconnues.

Tous ces renseignements réunis dans un tableau dressé d'après un modèle déterminé constituent un document de la plus haute importance.

Enfin, la révocation disciplinaire d'un médecin de colonisation ne peut être prononcée qu'après avis favorable du comité départemental. Il constitue donc pour ces praticiens une garantie qui assure leur indépendance et les met à l'abri des influences locales. C'est un peu l'analogue des Conseils départementaux de l'instruction publique.

Chaque année, dans toutes les circonscriptions médicales, une commission locale dont fait partie le médecin de colo-

nisation (1) se réunit sous la présidence du maire ou de l'administrateur de la commune mixte, dresse l'état des personnes ayant droit aux secours médicaux gratuits, et y ajoute la liste des enfants assistés. Cet état est soumis à l'approbation du sous-préfet, puis remis au médecin. Il peut se retrancher strictement derrière lui, sauf en ce qui concerne les indigents dont l'arrivée dans la commune est postérieure à l'établissement de la liste.

Les circonscriptions sont déterminées par le gouverneur général, après avis des comités départementaux et délibération du Conseil du gouvernement. Elles peuvent être modifiées chaque fois que l'intérêt du service le demande; leur nombre ou leur distribution varient suivant les besoins des populations.

Les médecins de colonisation sont nommés par arrêté du gouverneur général sur la proposition des préfets, parmi les docteurs en médecine. Ils ne peuvent être admis dans les cadres du personnel après l'âge de trente-cinq ans accomplis; néanmoins, ceux qui justifieront de cinq ans de service dans les armées de terre ou de mer pourront être admis jusqu'à l'âge de quarante ans révolus. Les candidats doivent adresser leur demande au gouverneur général en l'appuyant de leur diplôme, de leur extrait de naissance,

(1) Le médecin se fait généralement un devoir de délicatesse de ne pas participer aux travaux de cette commission. Aussi que d'abus. Le petit centre de Bordj R'..., possède une liste de trois indigents. Sur ces trois, il y a le gendre et la fille de l'adjoint spécial, c'est-à-dire les colons les plus aisés de la localité.

d'un extrait du casier judiciaire, d'un état de leurs services antérieurs et de toutes autres pièces propres à faire apprécier leur candidature. Quand une place se trouve vacante, le gouverneur général en avertit les doyens des Facultés de France qui le font savoir au public de ces Facultés par voie d'affiches.

A défaut de candidats réunissant les conditions prévues (le fait s'est présenté en 1886), les docteurs en médecine ayant dépassé la limite d'âge et les officiers de santé pourront être employés dans le service médical de colonisation, mais seulement à titre auxiliaire.

Bien entendu, le titre de médecin de colonisation auxiliaire donné aux officiers de santé, ne leur confère aucun droit professionnel en dehors de la législation médicale.

Les médecins de colonisation ne prennent aucun engagement en ce qui concerne la durée de leurs fonctions ; ils peuvent démissionner quand il leur plaît.

Le seul engagement, purement verbal d'ailleurs, qu'on exige d'eux à leur entrée en fonctions, est celui de ne pas se présenter au conseil municipal dans une localité de leur circonscription. D'autre part, en vertu du décret du 23 mars 1883, le mandat de conseiller général est incompatible dans toute l'Algérie avec les fonctions de médecin de colonisation. On a voulu par ces sages mesures laisser les praticiens tout entiers à leur tâche laborieuse.

Les médecins de colonisation sont tenus de résider dans le chef-lieu de leur circonscription, à moins que l'administration ne leur indique une autre résidence dans l'intérêt du service.

Les avantages accordés aux médecins de colonisation, en dehors de leur clientèle payante (1), se composent d'un traitement fixe à la charge de l'Etat, d'une indemnité annuelle de logement de 500 francs au minimum, ou du logement en nature à la charge des communes de la circonscription. Il faut y joindre, à titre éventuel, les indemnités relatives à la surveillance des enfants du premier âge établies par la loi du 23 septembre 1874; les honoraires payés par les départements pour les enfants assistés malades; les rétributions pour les vaccinations réussies; enfin l'indemnité accordée pour la connaissance de la langue arabe.

Les médecins de colonisation sont répartis en cinq classes qui correspondent aux traitements suivants :

Première classe....................	5000 fr.
Deuxième classe....................	4500 fr.
Troisième classe....................	4000 fr.
Quatrième classe...................	3500 fr.
Cinquième classe...................	3000 fr.

La proportion dans chaque classe est fixée comme il suit :

Première classe	1/10e	de l'effectif
Deuxième classe..........	2/10e	—
Troisième classe..........	2/10e	—
Quatrième classe	3/10e	—
Cinquième classe	2/10e	—

(1) A cause de cette clientèle, ils paient la patente imposée à tout médecin, depuis 1881.

L'avancement est à l'ancienneté et au choix. Il ne peut, en principe, être obtenu qu'après deux ans au moins passés dans la classe immédiatement inférieure. Les officiers de santé en exercice avant le 5 avril 1878 doivent servir au moins trois ans dans une classe pour pouvoir être nommés à une classe supérieure et ils ne peuvent en aucun cas dépasser le traitement de 4,000 francs.

Mais, sur la proposition du préfet, le comité départemental entendu, un avancement exceptionnel peut être accordé, à titre de récompense, aux médecins de colonisation qui se seront distingués pendant les épidémies, sans préjudice des récompenses honorifiques qui leur seraient attribuées.

A côté des récompenses qui sont fréquentes et nombreuses dans le corps médical de colonisation, nous devons citer, pour être complet, les mesures disciplinaires, tout en avouant que nous ne connaissons pas jusqu'ici d'exemple où elles aient été appliquées.

Tout médecin de colonisation dont les services ou la conduite laisseraient à désirer, sera invité à présenter des observations par écrit. Les peines disciplinaires qui peuvent lui être infligées sont les suivantes :

1° Le blâme motivé prononcé par le préfet ;

2° Le blâme motivé, avec suspension de traitement, ne pouvant excéder un mois, prononcé par le gouverneur général ;

3° La révocation, prononcée par le gouverneur général après avis du comité départemental.

Les dispositions de l'arrêté du 5 avril 1878 admettent les

médecins de colonisation au bénéfice de la loi du 9 juin 1853 qui établit les droits à la retraite de tous les fonctionnaires de l'Algérie.

Après la bizarre décision ministérielle du 24 août 1855, qui portait que les médecins de colonisation n'étaient pas des fonctionnaires, mais plutôt des « entrepreneurs de services spéciaux » (*sic*), le décret de 1883 est venu leur appliquer la loi de 1853, également en ce qui concerne les congés.

Comme la plupart des fonctionnaires algériens, ils ont droit, tous les deux ans, à un congé de deux mois, sauf, bien entendu, le cas où leur présence serait indispensable, et avec cette restriction qu'ils peuvent être rappelés d'urgence si leur retour immédiat était jugé nécessaire par le préfet (épidémie, maladie du remplaçant, etc...).

A cet effet, la préfecture met à leur disposition une somme mensuelle de 200 francs pour indemniser leur remplaçant, à charge pour eux de se le procurer et de remplir toutes les autres conditions que celui-ci pourrait exiger. Cependant, les internes des hôpitaux départementaux, nommés sans concours, sont tenus d'effectuer les remplacements aux conditions ci-dessus énoncées.

En dehors de ces congés réglementaires, les médecins de colonisation ne peuvent s'absenter que pour motif grave, avec l'assentiment du préfet et en présentant un remplaçant qui prend l'engagement écrit d'assurer le service pendant toute leur absence.

En cas d'épidémie grave, un médecin ou un interne des hôpitaux peut être adjoint, à titre transitoire, au médecin

titulaire de la circonscription pour assurer avec lui et sous sa direction l'exécution du service.

Les médecins de colonisation adressent, tous les trois mois, au préfet un rapport qui indique :

1° La date des tournées, le nom des localités visitées, le nombre des malades traités à domicile, celui des malades envoyés dans les hopitaux, le nombre des visites gratuites faites dans chaque localité en dehors des tournées obligatoires.

2° Le nombre des malades admis à la consultation et celui des malades étrangers à la circonscription envoyés à l'hopital par suite de la consultation.

3° Les décès survenus dans la circonscription.

4° Tous les faits intéressants la santé publique qui se sont produits dans le courant du trimestre écoulé.

Dans le courant du mois de janvier de chaque année, ils font parvenir au préfet par l'intermédiaire des sous-préfets :

1° Sur des cadres imprimés fournis par l'administration, la liste nominative des habitants de la circonscription qu'ils ont été appelés à soigner gratuitement. Cette liste est accompagnée des détails relatifs aux maladies traitées.

2° La statistique relative au nombre et à la nature des maladies traitées.

3° Les observations générales faites sur la salubrité, l'hygiène, la qualité des eaux dans les diverses localités et sur tous les faits de nature à intéresser la santé publique.

4° Les remarques scientifiques que leur a suggérées l'état de la circonscription au point de vue médical.

CHAPITRE IV

ORGANISATION DU SERVICE MÉDICAL

Les médecins de colonisation sont tenus de donner leur soins à tous les habitants européens et indigènes résidant dans leur circonscription. En ce qui concerne les personnes résidant hors de leur circonscription, ils sont libres d'agir suivant les principes habituels de déontologie médicale. Cependant, ils *doivent* également leur soins à tout étranger de passage, victime d'un accident grave et subit.

Ils sont chargés de constater les décès de la population européenne de la localité où ils résident et même, quand l'administration le juge à propos, de celle des différents centres de leur circonscription.

Tous les malades qui ne sont pas inscrits sur les listes établies annuellement par les soins des commissions locales sont tenus de rétribuer le médecin, d'après un tarif généralement établi selon les usages du pays, mais qui reste formellement soumis aux convenances personnelles

du médecin. L'administration n'a plus aucune ingérence dans les questions d'honoraires.

Les indigents régulièrement inscrits sur les listes, ont droit aux soins gratuits à domicile, alors que leur état de santé ne leur permet pas d'aller trouver le médecin chez lui. Pour ceux qui peuvent se déplacer, il est établi, soit dans un local de la mairie, soit au domicile du médecin, un service de consultations gratuites à jours et heures fixes. Le règlement porte deux jours par semaine ; mais cet article reste lettre morte, le dévouement des médecins de colonisation les mettant journellement à la disposition des malheureux qui ont besoin de leurs soins.

Les médecins de colonisation ne sont pas tenus de donner leur soins aux femmes en couches quand il existe une sage-femme dans la localité, à moins que celle-ci ne déclare ne pas pouvoir ou ne pas devoir continuer l'accouchement.

Le médecin visite une fois par semaine et à jour fixe préalablement établi par une décision préfectorale, les différents centres européens de sa circonscription. Ces jours-là les soins sont naturellement gratuits pour les indigents, mais, de plus, le prix de la visite aux autres malades ne peut excéder le prix d'une visite ordinaire, quelque soit l'éloignement du centre. En dehors de ces tournées réglementaires, toute personne non indigente qui fait appeler le médecin, est tenue de lui payer, outre le prix d'une visite habituelle, une indemnité de déplacement établie d'après la distance, généralement à raison de 1 franc par kilomètre, le praticien restant d'ailleurs absolument libre de deman-

der la rémunération qui lui convient. Quand il s'agit d'indigents ou d'un accident grave, le maire peut adresser une réquisition au médecin qui est tenu d'y déférer.

De plus, lorsque, dans une localité, le nombre des malades excède la proportion ordinaire, le médecin prévenu officiellement, se transporte sans retard dans cette localité, pour rechercher la nature et les causes du mal, conseiller les mesures générales à prendre relativement à l'hygiène publique et privée, et donner ses soins aux malades. Il adresse immédiatement un rapport au Préfet, et le tient au courant des faits importants.

Les médecins de colonisation assurent le service sanitaire des maisons de prostitution, quand il en existe dans leur localité, ce qui est assez rare. Aussi le règlement est-il muet sur ce point.

Conformément à l'article 14 du décret du 19 janvier 1811, le médecin se fait présenter, au moins deux fois par an, les enfants assistés placés dans sa circonscription, afin de s'assurer des conditions dans lesquelles ils se trouvent et de leur état de santé. Il rend compte au Préfet du résultat de ses visites. Quand ils sont malades, les frais de visite sont remboursés par les départements au taux fixé par les Conseils généraux.

Une fois par mois, et à un jour fixé de concert avec le maire, le médecin, assisté d'un membre de la municipalité, se rend dans les écoles publiques afin de constater les conditions hygiéniques de ces établissements et de s'assurer que les enfants qui s'y trouvent ne sont atteints d'aucune maladie contagieuse et qu'ils ont été vaccinés ou ont eu la

petite vérole. Il décide du renvoi dans la famille des enfants qui ne remplissent pas ces conditions et qui ne peuvent rentrer à l'école que munis d'un certificat du médecin.

La question des rapports des médecins de colonisation avec la justice nous a paru assez importante pour mériter un chapitre spécial.

Dans les localités où il n'existe pas de pharmacien, le médecin est tenu d'avoir un approvisionnement de médicaments dont la nomenclature est déterminée par les comités départementaux.

Ces médicaments sont fournis au médecin par les hôpitaux civils au prix des marchés en cours. Les médecins de colonisation les délivrent aux habitants de leur circonscription au prix de cession augmenté de 15 °/₀ (1).

Les livraisons faites aux personnes inscrites sur la liste d'admission aux secours médicaux gratuits, sont constatées par un bon détaché d'un registre à souche et remboursées trimestriellement par les communes.

Celles faites aux enfants assistés sont à la charge des départements.

Les médicaments délivrés aux passagers qui n'ont pas acquis le domicile de secours, sont remboursés par le budget de l'Assistance publique.

Les différents appareils (bandages herniaires, bas la-

(1) Le sulfate de quinine est maintenant délivré par les municipalités au prix de revient.

cés, etc...) sont fournis aux indigents par les hôpitaux sur des bons des médecins de colonisation visés par les maires.

En somme, on peut voir que les fonctions des médecins de colonisation sont multiples et, pour qui connaît les grandes distances et les difficultés de transport si nombreuses en Algérie, malaisées à remplir.

Nous ne pouvons mieux terminer ce chapitre qu'en citant un passage de la thèse de notre ami le docteur Branthomme (1). « Nous les avons souvent vus à l'œuvre, à « toutes les heures, sur des chemins parfois impraticables, « sur des routes peu sûres, allant d'une ferme à l'autre, « visitant les malades, prodiguant partout des soins, ré- « pandant avec un dévouement égal la santé, la consola- « tion et l'espérance, sans se laisser rebuter ni par l'éloi- « gnement de ceux qui souffrent, ni par les difficultés de se « procurer les médicaments, ni par l'insouciance de cer- « taines populations.

« Il arrive parfois que ne trouvant à la maison que des « gens alités par la fièvre, ils remplissent pour un moment « les fonctions de garde-malades, exécutant ce que per- « sonne n'a la force de faire, et ils ne s'en vont que lors- « qu'un peu de courage et d'espoir est rentré au foyer. Ils « arrivent souvent chez eux à des heures avancées de la « nuit pour repartir un instant après, car les souffrances « sont nombreuses et les besoins pressants, surtout dans « certaines régions où les efforts les plus intelligents et

(1) *L'Exercice de la médecine en Algérie.* Thèse de Lyon, 1892.

« les plus soutenus n'ont pu encore se rendre maîtres de
« la malaria.

« Ajoutons que ce surcroît de travail arrive à l'époque
« des fortes chaleurs, au moment où le repos serait pres-
« que un besoin. C'est alors surtout que le médecin de
« colonisation doit se mettre en route, et il en a ainsi pour
« plusieurs mois. »

CHAPITRE V

RAPPORTS DES MÉDECINS DE COLONISATION AVEC LA JUSTICE

Nous avons cru nécessaire de consacrer un chapitre spécial à cette question extrêmement importante, presque capitale pour l'avenir de la médecine de colonisation, parce que d'une part la criminalité indigène augmentant chaque année, d'autre part les charges des médecins s'accroissant sans cesse avec les chiffres de la population européenne, la situation devient intenable ainsi qu'on le verra.

La question de savoir si le médecin en général doit déférer aux réquisitions de la justice, a été souvent débattue en médecine légale; les auteurs sont loin d'être d'accord sur ce point.

D'après Andral et Tourdes, le médecin doit déférer aux injonctions de la justice dans les trois cas suivants :

1° En cas d'accidents, non d'accident intéressant un individu, mais d'accident grave portant atteinte à la sécurité générale et à l'ordre public.

2° Quand il y a flagrant délit ou clameur publique.

3° Lorsqu'il s'agit de l'exécution d'un jugement rendu.

Les médecins de colonisation, eux, ne peuvent se retrancher derrière aucune autorité ; ils se trouvent dans des conditions spéciales.

En vertu de l'article 19 du règlement, ils sont *tenus* de déférer aux réquisitions de la justice.

Faisons remarquer en passant qu'outre les autorités requérantes communes à la France et à l'Algérie, celle-ci possède des autorités requérantes militaires pour les crimes commis en territoire militaire et les administrateurs de commune mixte chargés de la police judiciaire dans les circonscriptions où il n'existe pas de juge de paix à compétence étendue.

La situation est donc des plus nettes : Le médecin de colonisation est un véritable fonctionnaire mis à la disposition des magistrats-instructeurs et ne pouvant se soustraire à ces obligations, sauf les cas de force majeure ou d'ordre professionnel (épidémies, malades urgents à visiter).

Et l'on a tiré, de ce dispositif particulier, la conclusion la plus étrange. Les articles de la nouvelle loi sur l'exercice de la médecine qui sont venus modifier avantageusement les honoraires des médecins légistes de France ne sont pas applicables en Algérie.

Pour justifier cette mesure d'exception, les pouvoirs publics se basent précisément sur la qualité de fonctionnaire échue aux médecins de colonisation et soutiennent que celui-ci ayant un traitement fixe pour accomplir certaines fonctions, entre autres celle de médecin-expert, il ne serait

pas juste de lui accorder un tarif aussi rémunérateur que celui de la Métropole (1).

Or, voyons dans quelles conditions se pratique la médecine légale dans les circonscriptions de colonisation et nous serons ensuite en droit de demander s'il n'y a pas une flagrante injustice à assimiler, sous ce rapport, aux praticiens algériens, les médecins de France qui jouissent de toutes les commodités de transport et n'ont jamais à parcourir les distances considérables que notre tableau précédent a fait pressentir (2).

Nous allons d'abord reproduire un état que nous avons dressé pendant un de nos derniers intérims (1895), alors que nous préparions déjà notre thèse. Tous ces chiffres ont été scrupuleusement établis par nous-même et nous semblent assez typiques.

(1) Le plus curieux, c'est que cette mesure a été étendue à tous les médecins de l'Algérie, on n'a jamais pu savoir pourquoi.

(2) Ici, nous devons faire entrer en ligne de compte presque uniquement la population *indigène ;* nous avons vu ce qu'elle était et nous savons quelle étendue de terrain suppose une pareille population généralement disséminée.

TRANSPORTS JUDICIAIRES

Pendant un intérim de deux mois à Bordj-Bou-Arreridj

(Province de Constantine)

DATES	LOCALITÉS	Kilom. parcourus aller et retour	Heures de voiture	Heures de mulet.	Journées d'absence	Retributions d'après le tarif.
Août						
14-15	Ouled-Triff (autopsie)....	140	4	12	2	47.00
17	Hassnaoua (blessé)......	22	»	4	1/2	10.00
18	Hassnaoua (autopsie)....	22	»	4	1/2	17.00
21	M'Karta................	60	»	12	1	27.00
25 à 27	Deux transports réunis à Mansourah (2 autops.).	165	4	17	3	64.25
29	Tasserout (autopsie).....	60	4	6	1	27.00
Sept.						
10	Maadid (autopsie).......	120	»	20	3	42.00
21	El-Maïn (blessé)........	150	5	20	3	42.50
27	Tasserout (autopsie).....	60	4	6	1	27.00
30	Satour (blessé)..........	74	3	10	1 1/2	23.75
Octob.						
4	Bou-Touil (autopsie).....	120	4	8	1 1/2	42.00
6	Cherara (blessé).........	78	4	10	1 1/2	25.00
9 à [illegible]	El-Maïn (blessé).........	150	5	20	3	42.50
12	Mansourah (blessé)......	80	4	»	1/2	25.00
13	Tassameurt (autopsie)...	50	5	»	1/2	24.50
	TOTAUX......	1351	46	209	23 1/2	466.50

Nous voyons que pendant une période de deux mois nous avons été vingt-trois jours et demi absent de notre poste ; nous avons parcouru 1,351 kilomètres dans les conditions les plus pénibles, et pour cela nous avons touché la somme dérisoire de 466 francs (soit 0,34 cent. le kil.), dont la moitié a suffi à peine à payer nos frais de déplacement. Et ces proportions sont à peu près toujours conservées quand les médecins de colonisation font de la médecine judiciaire.

Quant à apprécier ce qu'est un transport judiciaire en Algérie, qu'on nous permette de citer textuellement M. le Professeur Lacassagne, de Lyon (2) :

« J'ai fait des expertises médico-légales en Algérie, et « j'en appelle au souvenir de tous ceux qui ont été en « transports judiciaires dans ce pays, magistrats ou méde- « cins. Quel bénéfice en ont-ils retiré les uns ou les autres ? « De longues courses dans les tribus, par des chemins « dangereux, plus souvent à dos de mulet qu'à cheval ; le « soir, on couche sur la paille, dans les gourbis ; on dîne « sommairement à la mode arabe ; on rentre couvert de « vermine, brisé, courbaturé, souvent les vêtements en « loque. Il faut faire le rapport ; le juge relate les faits sur « la citation et l'on passe chez le receveur de l'enregistre- « ment qui, pour trois jours d'absence et tous ces désa-

(1) On ne tarife pas les journées de déplacement des médecins toujours sous le prétexte qu'ils ont un traitement fixe.

(2) *Revue d'hygiène et de médecine légale*, 1881.

« gréments, donne à l'expert une somme de 45 à 50 francs,
« dont le tiers ou la moitié sert à peine à payer les dé-
« penses. »

Aussi, que résulte-t-il de cette disproportion entre les honoraires, d'une part et les fatigues et les pertes de temps d'autre part? Tout simplement que le médecin se soustrait autant qu'il le peut à ces obligations; que la médecine judiciaire, dont l'importance est pourtant si considérable dans une société organisée, est considérée par le praticien comme une corvée obligatoire, que l'on exécute à contre-cœur, par conséquent que l'on exécute mal.

Mais le mal est bien plus grand encore. Nous avons montré que sur deux mois d'intérim, nous avions été vingt-trois jours et demi absent de notre poste. Et les absences de deux à trois jours sont fréquentes en Algérie où les communications sont si difficiles. Que deviennent pendant ce temps les populations privées de leur médecin. Celui-ci, évidemment, ne serait pas parti s'il avait eu un malade grave à surveiller de près. Mais peut-il prévoir les accidents? peut-il seulement prévoir les complications subites et graves d'une maladie jusqu'alors bénigne? On ne peut envisager sans frémir toute la responsabilité morale (puisque légalement, il est à couvert) qu'assume un médecin en s'éloignant ainsi pour un temps qu'il ne peut pas toujours fixer exactement (1).

(1) Nous avons attendu toute une nuit dans les gorges de Djahanit la fin d'une pluie torrentielle qui avait failli nous emporter hommes et bêtes. Ce n'était évidemment pas prévu.

Cette situation est d'autant plus fâcheuse que c'est en été que la criminalité augmente chez les Arabes, pour des raisons que nous n'avons pas à développer ici, par suite, que les transports judiciaires sont les plus fréquents. Or, l'été qui, d'abord, est une saison particulièrement redoutable pour voyager en Algérie, est ensuite précisément l'époque de l'année où il y a dans notre pays une recrudescence de maladies, et surtout d'accès pernicieux, véritables accidents foudroyants qui, prenant à toute heure du jour, nécessitent la présence immédiate du médecin, sans que rien ait pu le faire prévoir à celui-ci. Et l'on sait ce que devient un accès pernicieux qui n'est pas traité à temps. C'est donc quand sa présence constante serait le plus nécessaire que le médecin est obligé de s'absenter le plus souvent.

Il s'ensuit qu'il est matériellement impossible au médecin de colonisation d'assurer le service médical, déjà si chargé, de sa circonscription et d'exécuter en même temps les opérations de médecine légale qui lui sont confiées.

De plus, c'est avec une indignation que l'on comprendra aisément que nous constatons la mesure d'exception dont sont l'objet les praticiens algériens en ce qui concerne les frais de justice ; mesure qui est une véritable iniquité, et dont le Parquet général d'Alger lui-même a déjà, d'ailleurs en vain, réclamé l'abolition.

Il serait pourtant bien facile de remédier à cet état de choses. Il n'y aurait qu'à adopter pour le cas particulier, le projet de M. Flandin, député de l'Yonne. M. Flandin qui, avant son élection était procureur général à Alger, connaît à fond les défectuosités de notre organisation judiciaire

algérienne. Il a proposé l'année dernière à la Chambre, de substituer aux juges de paix à compétence étendue de véritables petits parquets locaux chargés de l'instruction des affaires criminelles ; à ces parquets seraient attachés des médecins légistes auxquels seraient dévolu un traitement fixe et les indemnités habituelles de transport médico-légaux. Bien entendu, ils ne feraient pas de clientèle et pourraient se donner tout à leur tâche. Malheureusement, la Chambre n'a pas cru devoir adopter ce projet..... faute d'argent.

Nous ne pouvons que le regretter.

CHAPITRE VI

LES MÉDECINS INDIGÈNES SPÉCIAUX

De tout ce qui précède, il nous semble résulter bien clairement que le service des médecins de colonisation est beaucoup trop chargé et qu'il leur est matériellement impossible de l'assurer d'une manière satisfaisante.

Dans le chapitre précédent, nous avons indiqué de quelle façon on pourrait les décharger de la médecine légale. Nous nous proposons maintenant de montrer comment on pourrait encore soulager considérablement les médecins de colonisation, tout en assurant plus régulièrement le service de l'assistance médicale chez les Indigènes. Ceux-ci, dans l'organisation actuelle, sont forcément délaissés aux dépens des Européens, et cela se conçoit. Mais nous ne devons pas cependant oublier que nous avons des devoirs d'humanité à remplir envers eux. Il s'agirait tout simplement d'obtenir enfin l'adoption d'un projet tant de fois à l'étude, et tant de fois relégué dans les mysté-

rieux cartons administratifs : la création de « médecins indigènes ».

Avant de songer à organiser un corps spécial de médecins indigènes, il y avait déjà longtemps que le gouvernement avait essayé de réglementer tout au moins l'exercice de la médecine chez les indigènes par les indigènes.

Les Toubibs ou praticiens arabes, sont très nombreux en Algérie : charlatans pour la plupart, empiriques presque toujours, ils exploitent l'ignorance ou l'esprit superstitieux de leurs clients, le plus souvent au grand détriment de leur santé. Et si on ne trouve pas d'enquête judiciaire qui vienne éclairer un tel état de choses, c'est que jamais un Arabe ne se plaint d'un accident qui est la conséquence d'un traitement malencontreux. Il l'accepte comme une fatalité.

Aussi, en 1841, le conseil d'hygiène d'Alger avait fait voter l'article 2 du décret de 1851 pour défendre le commerce des substances vénéneuses sans autorisation. Mais ce même réglement consacrait pour longtemps la tolérance de l'exercice de la médecine chez les Arabes. En effet, les seules pièces à produire par les indigènes qui exerçaient la médecine chez leurs coréligionnaires étaient :

1° Un certificat délivré par le cadi.

2° Une attestation d'un certain nombre de personnes guéries.

3° Un certificat de moralité. C'était peu on en conviendra.

Aussi le gouvernement général et l'Ecole de médécine se sont préoccupés constamment de reprendre l'œuvre tentée en 1851 par le Conseil d'hygiène.

I. — Rôle du Gouvernement

Le gouvernement s'est d'abord efforcé de faciliter aux Arabes les études médicales. C'est ainsi qu'un décret impérial du 4 août 1857 stipulait que « les indigènes ayant reçu « l'enseignement du degré supérieur dans les écoles ara- « bes-françaises étaient admis à l'école préparatoire de « médecine, sur la production d'un certificat d'aptitude « visé par l'autorité administrative et sur l'attestation « donnée après examen par le directeur du collège impé- « rial arabe-français qu'ils étaient en état de suivre les « cours ».

Les étrangers musulmans furent également admis à l'école préparatoire de médecine en justifiant de leur aptitude à suivre les cours. Mais les titres délivrés par le jury d'examen de l'école de médecine aux élèves étrangers n'étaient valables qu'en vertu d'une autorisation spéciale du ministre de la guerre.

En somme, nous voyons là esquissé le projet de création de médecins indigènes spéciaux.

L'indulgence pour les étudiants musulmans était très recommandée : il ne fallait pas se montrer exigeant pour un peuple dont l'intelligence sortait à peine de l'ornière profonde où elle était tombée sous la domination turque. On

créa même des bourses pour les attirer vers les études médicales et leur permettre de les entreprendre sans soucis matériels. Elles donnaient à ceux qui les obtenaient au concours une somme de 100 francs par mois, tous frais d'études payés.

C'est seulement en 1879 que le gouvernement entreprit sérieusement de créer un corps de médecins indigènes spécisux. Le besoin était grand de donner des secours aux populations arabes ; les médecins civils et militaires manquaient et dans bien des endroits les indigènes mouraient faute de soins ; aussi le général Chanzy résolut-il d'y porter un prompt remède. Il fit voter la loi du 20 décembre 1879 qui conférait à l'Ecole de médecine d'Alger, outre ses droits communs avec celles de France, le pouvoir de donner des autorisations d'exercer la médecine en territoire indigène.

Toutefois, ce ne fut que près d'un an plus tard qu'un décret présidentiel fixa les conditions de cette loi : des circonscriptions d'exercice devaient être fondées à cet usage par le gouvernement général ; le certificat d'aptitude n'était accordé qu'aux seuls indigènes, et on organisait à l'école de médecine un enseignement spécial dans le but de les préparer à ce certificat. Mais le décret commit la grande faute de stipuler qu'un an d'études serait suffisant pour la formation de ces nouveaux praticiens.

Aussi l'Ecole de médecine fit-elle une opposition énergique et le décret n'eut pas de suite.

C'est surtout à partir de cette époque que commence le rôle de l'Ecole de médecine dans cette importante question.

II. — Rôle de l'Ecole de médecine.

Déjà consultée en 1866, elle avait émis la pensée que trois années de scolarité lui paraissaient nécessaires.

Elle répondit en 1881 au décret de l'année précédente, par un projet de formation de médecins indigènes spéciaux. Elle montrait l'impossibilité de leur inculquer en un an les notions les plus rudimentaires de l'art de guérir, et insistait avec raison sur ce fait que, les toubibs ayant déjà la confiance des indigènes, il fallait que les médecins spéciaux fussent réellement instruits pour la leur faire retirer entièrement.

Mais comme intimidée par le décret qu'elle combattait, ou pressée par les besoins du moment, elle limitait à deux ans le nombre des années d'étude. C'était encore bien insuffisant.

Enfin, en 1892, au moment de la discussion de la nouvelle loi sur l'exercice de la médecine, un rapport, œuvre d'une commission composée de professeurs de l'Ecole, fut envoyé au ministère de l'instruction publique.

Nous allons en donner un court aperçu :

On crée un véritable collège d'étudiants indigènes où ne seront admis que des élèves internes ; l'entrée n'en sera accordée qu'aux indigènes qui justifieront, par un con-

cours, d'une instruction primaire suffisante. La durée des études est fixée à quatre ans. L'enseignement sera essentiellement pratique. Les élèves seront soumis à des examens semestriels. Il y aura quatre examens de sortie qui porteront :

Le premier, sur l'anatomie et la physiologie.

Le second, sur la pathologie et les accouchements.

Le troisième, sur la chimie, la pharmacie, la botanique, la matière médicale.

Le quatrième sera un examen clinique.

Ces médecins, nommés par le gouverneur général, auront le titre de « médecins communaux indigènes ». En aucun cas, ils ne pourront exercer sur un territoire déjà pourvu d'un médecin européen. Après quinze ans d'exercice, ils pourront être autorisés à subir les examens d'officiat ou de doctorat. Ils seront sous l'autorité de l'administrateur de commune mixte ou du commandant du territoire militaire, tout en relevant du gouverneur et de la commission chargée du service de colonisation. Un uniforme les distinguera. Enfin, on les répartira en plusieurs classes, avec un traitement fixe et en leur donnant le droit à la retraite.

Depuis cette époque, il n'a plus rien été tenté, ni par le gouvernement général, ni par l'Ecole de médecine. Et cependant, le seul remède à la situation déplorable que nous avons signalée, nous semble résider dans l'adoption du dernier projet de la commission de 1892 avec les modifications que nous allons indiquer, sans trop oser espérer que notre faible voix soit entendue.

Tout d'abord, il nous semble que cette fois on est tombé dans un excès contraire en voulant trop exiger d'un peuple primitif quoiqu'intelligent. Les études médicales que l'on veut imposer aux nouveaux praticiens indigènes nous paraissent trop complètes et devoir répondre à un but qui n'est pas le bon, selon nous. Il ne s'agit point, en effet, de généraliser ce qui a été fait dans des cas particuliers, c'est-à-dire de faciliter aux Arabes l'accès d'études médicales à peu près semblables à celles des autres étudiants ; cette tendance de la commission nous semble bien manifeste quand elle demande pour les médecins indigènes l'autorisation de subir les examens de doctorat ou d'officiat après quinze années d'exercice. Nous n'insisterons pas sur l'injustice de cette disposition ; nous savons les protestations générales qui se sont élevées dernièrement contre les faveurs dont jouissent les étudiants étrangers.

Quoiqu'il en soit, il nous semble qu'il s'agit de créer des études médicales absolument spéciales, élémentaires et pratiques.

A quoi bon de la chimie, de la matière médicale, de la botanique. Ces sciences ne peuvent s'aborder avec fruit qu'après des études préparatoires qui feront absolument défaut aux indigènes. Nous préférerions de beaucoup qu'on y substituât un examen d'hygiène portant sur les notions élémentaires. Nous avons été étonné de ne pas la trouver mentionnée dans le rapport de la commission scolaire. Nous irons même plus loin; nous voudrions que cette

science fût la base de l'enseignement médical des indigènes. L'importance de l'hygiène n'est plus à démontrer en ce qui concerne la prophylaxie et, disons-le, le traitement d'un grand nombre de maladies : or, elle est totalement inconnue des Arabes.

A l'hygiène nous voudrions voir ajouter des notions assez étendues de petite chirurgie. Nous connaissons par l'exemple des infirmiers de nos hôpitaux, les résultats qu'on peut obtenir de gens peu instruits mais intelligents. Nous pensons que dans notre pays où les plus petites blessures peuvent acquérir une telle gravité par suite de la malpropreté et de la chaleur, des médecins indigènes au courant d'une antisepsie élémentaire pourraient rendre de grands services. N'enseigneraient-ils que l'antisepsie au moyen de l'eau bouillie, l'asepsie au moyen de la propreté, remèdes à la portée de tous, qu'un grand pas serait déjà fait.

Quant aux accouchements, jamais un Arabe ne fera accoucher sa femme par un de ses coréligionnaires. Ici, nous ne pouvons rien ; c'est au temps à faire son œuvre, en modifiant les mœurs indigènes.

Malgré ces critiques de détail, que nos maîtres nous pardonneront d'avoir eu la franchise de faire, nous nous rattachons complètement à leur projet ainsi modifié :

Trois années d'études.

1er examen : Anatomie et Physiologie.

2e examen : Pathologie et petite chirurgie.

3e examen : Hygiène et pharmacie.

Avant de terminer, il nous reste un aveu un peu pénible à faire. Nous venons de faire de la théorie, théorie assez séduisante. En pratique intervient un facteur qu'il n'est malheureusement pas en notre pouvoir de changer à notre gré : *les mœurs arabes.* Aurons-nous des élèves ? Oui, certainement, si nous leur offrons des avantages matériels pendant la durée de leurs études. Aurons-nous des résultats ? En France, sur la terre classique des utopies généreuses, il est permis de répondre..... sans doute.

CONCLUSIONS

I. Le service médical de colonisation rend les plus grands services en Algérie.

II. Avec l'organisation actuelle, il est matériellement impossible que ce service soit assuré convenablement.

III. Il faut augmenter le nombre des médecins de colonisation et leur donner des circonscriptions moins étendues.

IV. La création de médecins légistes s'impose.

V. Enfin, il serait bon d'essayer, tout au moins de mettre en pratique le projet, « de Médecins indigènes spéciaux ».

Vu :
Le Président de la Thèse,
CAUBET.

Vu :
Le Doyen,
A. LABÉDA.

Vu et permis d'imprimer :
Toulouse, le 29 avril 1896.
Pour le Recteur et par délégation,
Le Doyen de la Faculté mixte de Médecine et de Pharmacie :
LABÉDA.

Toulouse. — Imp. Saint-Cyprien, allées de Garonne, 27.